Комитет по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Санкт-Петербург
2004

Комитет по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Санкт-Петербург
2004

УТВЕРЖДАЮ
ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В.Е. ЖОЛОБОВ
2004 г.

СОГЛАСОВАНО
ГЛАВНЫЙ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ПРОФ. Е.И. ТКАЧЕНКО
2004 г.

УДК 615:614.25:159.9:164(07)

Психофармакология для врача общей практики. Методические рекомендации для врачей. – СПб: Компьютербург, 2004. – 60 с.

Составитель: **Татьяна Владимировна Решетова**, д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, врач-терапевт высшей категории, директор Центра психотерапевтической и гомеопатической коррекции питания клиники «Семейная медицина», психотерапевт.

ISBN 5-93463-011-3

Рекомендации предназначены для врачей общей практики

ISBN 5-93463-011-3

© Решетова Т.В., 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 5
Наиболее частые в общей врачебной практике
психопатологические состояния (по МКБ-10). 6
Правовые аспекты психофармакологической помощи. 8
Телефоны наиболее необходимых врачу общей практики
медико-социальных организаций Санкт-Петербурга. 10
Правила психофармакотерапии 11
Основные группы психофармакологических препаратов 13
Транквилизаторы 13
Нейролептики.....17
Антидепрессанты 20
Ноотропные препараты.....24
Актопротекторы, антигипоксанты, нейроангиопротекторы.....27
Психостимуляторы 29
Адаптогены 29
Комплексное действие некоторых соматотропных препаратов 30
Синдромная психофармакотерапия отдельных
расстройств и состояний. 32
Соматоформная вегетативная дисфункция 32
Бессонница 36
Невротическая головная боль.....38
Астенический синдром 39
Резидуальная органическая патология ЦНС 40
Деменции 40
Острые стрессовые реакции 40
Тревожный синдром 41
Панические расстройства.....41
Депрессии 41
Алкоголизм 42
Сексуальные нарушения.....43
Психосоматическая личность.....43
Ипохондрический синдром.....44
Расстройства приема пищи.....44

Возможные причины фармакорезистентности 45
Скрининговая диагностика наиболее частых в общей врачебной практике психопатологических расстройств 46
Экспресс-методы диагностики 46
Субъективная шкала выявления депрессии Готтланд 48
Шкала оценки астении Multidimensional Fatique Inventory MFI-20 49
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS 51
Заключение: как читать статью и верить ли рекламной информации . . . 55
Тесты для самопроверки врача 56
Список рекомендуемой литературы 59

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в общей врачебной практике постоянно растет число пациентов с пограничными расстройствами центральной нервной системы и психосоматическими заболеваниями. К сожалению, лечение этих болезней, как правило, рассматриваются в программах медицинских институтов, как чисто соматическое. Больным ишемической болезнью сердца подбирают кардиотропные средства; пациентам с синдромом раздраженной кишки рекомендуют спазмолитики или корректоры стула, а воздействие на центральную нервную систему ограничивается общими рекомендациями «седативных средств».

Большой спектр психофармакологических средств, необходимость проведения дифференцированной диагностики и терапии создают определенные трудности при медико-психологической помощи разным группам пациентов.

Психофармакология – одно из быстро развивающихся направлений медицины. В пособии, предназначенном врачам общей практики, терапевтам, клиническим ординаторам и студентам медицинских ВУЗов, рассматриваются основные группы психотропных препаратов, которые может использовать врач при лечении пограничных расстройств. Приводятся доступные в общей практике методы психологической диагностики. Демонстрируются оптимальные дозы препаратов и их комбинации при лечении различных психопатологических синдромов. Рассматриваются правовые аспекты психофармакологической помощи населению.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (ПО МКБ-10)

В поле зрения врача общей практики наиболее часто попадают пациенты со следующими пограничными расстройствами и психопатологией:

1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: F 40–F 48:
   - Тревожно-фобические расстройства F 40.
   - Паническое расстройство F 41.0.
   - Генерализованное тревожное расстройство F 41.1.
   - Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F 41.2.
   - Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации F 43 (посттравматический синдром).
   - Диссоциативные (конверсионные) расстройства F 44 (истерия).
   - Соматоформные расстройства F 45 (соматизированное расстройство с массой ощущений F 45.0 и ипохондрическое расстройство с искаженной внутренней картиной болезни, поисками у себя несуществующих заболеваний F 45.2; соматоформная вегетативная дисфункция (бывшие функциональные расстройства различных органов и систем F 45.3); хроническое соматоформное болевое расстройство F 45.4.
   - Неврастения F 48.
2. Акцентуации характера. Z 73.1.
3. Расстройства сна неорганической природы F 51.
4. Половая дисфункция неорганической природы F 52.

5. Расстройства зрелой личности и поведения взрослых F 6 (психопатии, которые в отличие от акцентуаций характера, проявляются постоянством клинических симптомов в лонгитюде, декомпенсацией в семье и на работе).
6. Аффективные расстройства настроения F 32 (депрессии); дистимия F 34.1. Скрытая депрессия характеризуется постоянством клинических проявлений, иногда протекает в моносимптомной форме (бессонница). У пациента происходит соматизация жалоб.
7. Органические психические расстройства F 0. Резидуальная органическая патология головного мозга (последствия травм, инфекций, мигрени). Дементные синдромы (деменция при болезни Альцгеймера F 00 и сосудистая атеросклеротическая деменция F 01). Инволюционные психозы («кухонный бред»), делирий F 05, умственная отсталость F 7 кодируются под отдельными грифами.
8. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ F1 (Психофармакологические зависимости. Алкоголизм и бытовое пьянство F 1x.2).
9. Соматогенный неврозоподобный синдром при тяжелой соматической патологии (например, при неспецифическом язвенном колите, астено-депрессивный синдром без всякого невротического конфликта).
10. «Психосоматическая личность». Ее, возможно, следует сделать чуть-чуть более невротической. Тогда она будет реагировать на внешние стрессы не психосоматическим, а невротическим регистром и, возможно, избежит таким образом летального исхода. В идеале – в итоге специализированного лечения у психотерапевта строится новый вариант адаптации, без психосоматических и без невротических черт.
11. Расстройства приема пищи F 50.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь пациентам с различными психопатологическими состояниями оказывается на основании Закона РФ от 2.07.92 № 33 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно этому закону, помощь включает в себя диагностическое обследование, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию пациента. Для врача общей практики важно иметь понятие о своем уровне компетентности. Заключение врача-интерниста носит предварительный характер и не является основанием для юридических и социальных мер. Оказывать помощь может психиатр или врач другой специализации, прошедший специальную подготовку и имеющий сертификат специалиста. Согласно утвержденным МЗ РФ в 2000 г. методическим рекомендациям № 2000/107 «Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники», врач общей практики может, заподозрив нарушение психического состояния, произвести самостоятельно скрининговое психологическое обследование больного. Эта процедура проводится с согласия больного или без его согласия:

1. если анамнестически известно, что больной представляет опасность для себя или окружающих;
2. если больной сам не в состоянии удовлетворять основные жизненные потребностии;
3. если оставление больного без медицинской помощи ухудшит его состояние.

Дальнейший алгоритм оказания помощи зависит от психического статуса пациента. При острой ситуации (депрессия с суицидальными тенденциями, психомоторное возбуждение и т.п.) следует обратиться в соответствующие медицинские организации города за

экстренной госпитализацией или через дежурного по городу психиатра (03) вызвать психиатрическую бригаду. При отсутствии острого состояния, но при тестовом подтверждении диагноза психопатологического синдрома врачу общей практики следует проконсультироваться с участковым психотерапевтом (например, при кратковременной депрессивной реакции в рамках расстройства адаптации – после похорон мужа) или психиатром (например, при депрессивном эпизоде умеренной степени тяжести с соматическими симптомами в рамках рекуррентного расстройства). Данные специалисты в зависимости от степени тяжести психопатологического синдрома либо самостоятельно будут лечить пациента дальше, либо включатся в содружественное ведение больного вместе с врачом общей практики, дав ему соответствующие рекомендации. Психиатра можно вызвать на дом по письменному заявлению родственников и (или) направлению участкового врача поликлиники.

Согласно методическим рекомендациям, адресованным врачам первого контакта, амбулаторно разрешается лечить легкие и умеренные депрессивные эпизоды без психотических проявлений (F 32.0-1, F 33.0-1, F 41.2), сопутствующие соматическим заболеваниям нетяжелые депрессии. В поликлинике нельзя лечить биполярные, рекуррентные депрессивные расстройства (F 31), тяжелые депрессии (F 32.2, F 33.2), резистентные к фармакологическим препаратам депрессии, депрессии на фоне: беременности, зависимостей; с суицидными попытками в анамнезе, а также многие другие психические заболевания. В истории болезни обязательно должно быть отражено информированное согласие больного на лечение. Рецепты на психотропные препараты врачу общей практики следует выписывать на бланках формы № 148 и не более, чем на одну упаковку лекарства.

Врач-интернист может также воспользоваться телефонами различных медико-социальных служб города для наилучшего лечения и реабилитации больного.

ТЕЛЕФОНЫ НАИБОЛЕЕ НЕОБХОДИМЫХ ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ОРГАНИЗАЦИЯ	ТЕЛЕФОН
Консультативное отделение НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева	5677326
Лечение подростков (там же)	5679015
Лечение алкоголизма (там же)	5677271
Анонимный круглосуточный телефон доверия для взрослых	3234343
Анонимный телефон доверия для подростков или их родителей	1084041
Городской консультативно-диагностический центр репродуктивного здоровья подростков «Ювента»	2510033
Городское отделение детских неврозов и речевой патологии	2322155
Кризисная психологическаяпомощь детям и подросткам	1640005
Отборочная комиссия Клиники неврозов им. И.П. Павлова (ПБ № 7)	3217291
Психосоматическое отделение городской больницы N 17	5831603
Психологическое тестирование подростков (для профориентации)	3281148
Уличная социальная помощь	3219011
Анонимные наркоманы	3235725
Матери против наркотиков	2274202
Городской гериатрический центр, регистратура	2512278
Центр по борьбе против насилия над женщинами	3273360
Анонимный телефон доверия по проблемам наркотиков	1144210

ПРАВИЛА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Как и любую другую психотерапию, психофармакологическое лечение не назначают, о нем договариваются. Принцип информированного согласия предполагает доступную форму знакомства больного с перспективами своего лечения. Согласие пациента на психофармакологическое лечение фиксируется в истории болезни. После клинической и тестовой психодиагностики расстройства по МКБ-10 врач общей практики решает вопросы уровня компетентности: лечит пациента сам или консультирует у специалистов. Определяется синдром-мишень и препарат выбора. Затем необходим анализ уже принимаемых пациентом других лекарств (во избежание негативных интеракций). Далее подбирается оптимальная дозировка (с помощью баланса между эффективной дозой и побочными эффектами) Особенно внимательно надо контролировать состояние больного в первые дни лечения, когда идет постепенное наращивание дозы до эффективной. Здесь крайне важна постоянная обратная связь, особенно при лечении депрессии, когда в первые 2 недели эффект еще не чувствуется, а побочные действия больной уже ощущает. На соответствующих сроках оценивается эффективность терапии (транквилизаторы – 1 неделя, антидепрессанты и ноотропные препараты 1 месяц). Больной должен знать об опасности раннего снижения доз, особенно при лечении антидепрессантами. Если пациент самостоятельно прекратил прием 10–14 дней назад, восстановить эффект прежнего антидепрессанта удается редко, а феномен рикошета вполне возможен. Анализ редукции психопатологической симптоматики следует проводить не только клинически, но и с помощью медико-психологических тестов. В ходе лечения возможна периодическая переоценка синдромов-мишеней. Заканчивается лечение решением об отмене препарата или о терапии поддерживающими дозами.

Не следует забывать, что фармакологическое лечение влияет на биологические факторы в генезе психопатологического расстройства, а на социальные – воздействует психологическая коррекция.

Крайне обидно бывает, когда несмотря на правильный выбор препарата, эффекта лечения бессонницы не наступает, скажем, потому, что пациент недавно похоронил маму, а в данное время проходит через развод. Поэтому психофармакологическое лечение создает плацдарм успеха для психотерапии. А любое психофармакологическое назначение должно быть обязательно психотерапевтически проработано. «Вооруженное внушение» в форме определенного ритуала приема препарата показано всем пациентам с психопатологией и, особенно, истероидным личностям. Недопустимы фразы врача «Может быть, поможет», «Будем надеяться, что поможет». Следует говорить в утвердительной форме «Поможет обязательно, но лечение будет длительным». Больной должен быть союзником врача.

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

1. ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА

Препараты этой группы оказывают седативное, вегетонормализующее, противосудорожное, миорелаксирующее и анксиолитическое действие (снижают тревогу, избыточное реагирование). Могут применяться для лечения делирия, психоза, панических атак. Токсичность их незначительна.

Противопоказания: расстройства сознания, шоки, комы, нарушение дыхания, миастения, выраженная гипотония.

Побочные действия: моторное торможение, сонливость, миорелаксация, аллергия, парадоксальные реакции (тревога). Препараты данной группы могут снижать наутро до 50% интеллектуальных способностей больного.

Зависимость развивается при употреблении их более 2–4 недель. Толерантность формируется быстро. Поэтому курсы лечения должны быть короткими, а в случае необходимости препараты следует менять. Следует помнить, что у пациентов старше 70 лет от стандартной дозировки может развиться миорелаксация вплоть до пареза ануса и состояние заторможенности. Поэтому в геронтологической практике дозы бензодиазепинов следует снижать соответственно возрасту.

Бензодиазепиновые рецепторы имеются:

БД-РI – в коре и мозжечке.

БД-Р2 – в лимбической области, гиппокампе, миндалевидном ядре.

БД-РЗ – в скелетных мышцах, легких, печени, миокарде, лимфоцитах. Отсюда вытекает весь спектр побочных явлений бензодиазепинов: атаксия, снижение либидо и сексуальных возможностей во время приема; слабость, «ватные ноги», умеренное отрицательное инотропное действие. Во избежание побочных эффектов бензодиазепины, как и другие психотропные средства, следует всегда начинать с приема 0,5–1 таблетки на ночь, а затем наращивать дозу за 2–4 дня, проводить курс (как правило, 1–2 недели) и так же «по дуге» плавно снижать дозу.

Кофеин и анексат могут помешать бензодиазепинам соединиться со своим рецептором: это антидоты при передозировке. Анексат (флумазенил) назначается в дозе 0,2 мг–0,5 мг в/в.

ПРЕПАРАТЫ

Приведенные ниже дозы рекомендованы для амбулаторного лечения.

1. ДИАЗЕПАМ (седуксен, сибазон, реланиум) по 5 мг в таблетках и в ампулах по 10мг в/м и в/в. Оказывает противосудорожное и вегетонормализующее действие. В 10% случаев развивается парадоксальная реакция – возбуждение. Суточная доза может достигать 50 мг, средняя доза для взрослого пациента, которую не желательно превышать на амбулаторном приеме –15–20 мг в сутки.
2. СИГНОПАМ (темазепам), по 10 мг в таблетках. Назначают до 4 раз в день. Анксиолитик (снижает тревогу, страх), сокращает период засыпания, удлиняет сон. Хорош при дисфории, умеренной судорожной готовности.
3. ОКСАЗЕПАМ (тазепам, нозепам) похож на седуксен, но гораздо слабее. Таблетки по 10 мг назначают до 4–6 раз в день. Может быть применён как дневной транквилизатор.
4. ХЛОЗЕПИД (элениум). Эффективен при гиперстеннческих нарушениях, оказывает самое сильное из бензодиазепинов миорелаксирующее действие. В этой связи его можно использовать в комплексном лечении артритов, бурситов и артрозов, остеохондроза. Выпускается в таблетках по 5 мг. Суточная доза обычно от 10 до 30 мг.

5. НИТРАЗЕПАМ (радедорм, эуноктин, берлидорм). Обладает снотворным и противосудорожным эффектом. Таблетки по 10 мг. Назначают 10–20 мг на ночь и при пробуждении. Рекомендуется употребление препарата «по требованию», а не курсом.
6. МЕДАЗЕПАМ (мезапам, рудотель). Дневной транквилизатор, умеренный анксиолитик. Таблетки по 10 мг, назначают до 4 раз в сутки.
7. ФЕНАЗЕПАМ является сильным противотревожным препаратом и вегетонормализатором. Таблетки по 0,5 мг и 1 мг, назначают до 6 мг в сутки, ампулы 1 мг в/м, в/в.
8. КЛОНАЗЕПАМ (ривотрил, антелепсин) противотревожный и антипанический препарат. Эффективен и при эпилепсии. Таблетки 0,25 мг и 1 мг. Суточная доза 2 мг.
9. ГРАНДАКСИН (тофизопам) – умеренной силы дневной транквилизатор, вегетонормализатор. Таблетки по 50 мг, назначают до 3–4 таб. в сутки.
10. РЕЛАДОРМ включает 10 мг диазепама и 100 мг циклобарбитала. Диазепам улучшает засыпание, а циклобарбитал удлиняет сон. При назначении препарата необходимо учитывать действие на больного барбитурата, поэтому не желателен курсовой прием препарата, а предпочтителен – в режиме «по требованию».
11. ФЛУНИТРАЗЕПАМ (рогипнол) обладает снотворным действием, однако во сне достаточно резко снижает артериальное давления. Таблетки по 1 мг, на ночь.
12. АЛПРАЗОЛАМ (золомакс) единственный из бензодиазепинов обладает и противотревожным, и антидепрессивным действием. Препарат выбора при «скорой помощи» больному с паническим расстройством. Способен за 6–7 дней вызывать зависимость, особенно при приеме больших доз, поэтому рекомендуются минимальные курсы. Таблетки 0,25 мг, 0,5 мг и 1 мг. Средняя суточная доза 2–3 мг.
13. БРОМАЗЕПАМ (лексотан) применяется при тревоге, сопровождающей функциональные расстройства систем и органов. Препарат выбора при гипервентиляционном синдроме. Таблетки 1,5 мг, 3 мг и 6 мг. Средняя суточная доза – 3–6 мг.

14. ЛОРАЗЕПАМ (лорафен, ативан) обладает анксиолитическим действием. Таблетки 2,5 мг, средняя суточная доза 4–5 мг.
15. ТРИАЗОЛАМ (хальцион) обладает снотворным действием и, вследствие короткого периода полувыведения в 2–3 часа – дает минимум побочных эффектов наутро. Таблетки по 0,25 и 0,125 мг на ночь.
16. МИДАЗОЛАМ (дормикум) обладает седативным и снотворным действием. Вследствие самого короткого из бензодиазепинов периода полувыведения (1,5–2 часа) обладает минимумом побочных эффектов после пробуждения. Вместе с анексатом применяется в качестве управляемой анестезии в стоматологии и гинекологии для кратковременных болевых процедур. Таблетки 7,5 мг и 15 мг на ночь; ампулы по 5мг и 15 мг в/в.

2. ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ ДРУГИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП

17. МЕБИКАР – дневной транквилизатор. Выпускают в таблетках по 300 мг Рекомендуется назначать при тревоге и для снижения тяги к никотину и алкоголю, при поверхностном сне. Может устранять неясные субфебрилитеты.
18. ГИДРОКСИЗИН (атаракс) – препарат, блокирующий Н-1-гистаминовые рецепторы. Обладает умеренным противотревожным действием,а также – антигистаминным и противорвотным. Потенцирует эффект анальгетиков. Выпускается в таблетках по 25 мг. Дозы до 200 мг в сутки. Минимальное привыкание.
19. СОМНОЛ (зопиклон) – снотворное средство класса циклопиролонов. Поскольку его период полувыведения 3,5–6 часов, а максимальная концентрация в плазме наступает уже через полчаса, препарат действует быстро и эффективно, не вызывая характерных для бензодиазепинов побочных эффектов снижения концентрации внимания и активности наутро. Выводится через почки, поэтому может применяться у пациентов с нарушением функции печени. Селективное действияе препарата (только к рецепторам в центральной нервной системе), предполагает минимальный риск развития зависимости. Чтобы сократить и его рекомендуется применять сомнол в режиме

«по требованию» в минимально действующей дозе. Препарат сохраняет нормальную фазовую структуру сна, не укорачивая, как бензодиазепины, «быстрый сон». Даже при резкой отмене не дает феномена рикошета. Сомнол потенцирует действие алкоголя и седативных средств. Препарат не рекомендуется давать детям. В гериатрической практике используются половинные дозы. Сомнол – препарат выбора при ситуационной и кратковременной бессоннице, а также, когда эффект лечения основного заболевания еще не развернулся (например, первая неделя депрессии), а сон должен быть налажен. Таблетки 7,5 мг, за полчаса до сна (возможна доза 15 мг).

3. СЕДАТИВНЫЕ ТРАВЫ

Целесообразно применять после основного курса транквилизаторов на 1–1,5 месяца.

Валериана, пустырник, хмель, мята, пион, пассифлора. Имеются препараты, содержащие комплекс трав: ново-пассит, персен.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

Нейролептики снижают психомоторное возбуждение, тревогу, продуктивную симптоматику, т.е обладают антипсихотическим действием; уменьшают аффективную напряженность, агрессивность; воздействуют на волевые качества. По итогам данных систематического анализа, основаного на модели Cochrane Collaboration, было выявлено, что данной группе препаратов свойственно много побочных эффектов: гепатотоксичность, повышение аппетита, неконтролируемые мышечные сокращения, непроизвольные движения, вялость, замедленность мыслительных процессов. В общей врачебной практике редко используется аминазин (из-за усиления вегетативного дисбаланса), но применяются другие нейролептики с преимущественно седативным или активирующим действием.

1. ФРЕНОЛОН. Повышает аппетит и активирует в дозах до 15 мг в сутки. При повышении дозы оказывает седативное действие. Назначают при обсессиях и ипохондрии короткими курсами до 2-х недель. Таблетки по 5 мг. Ампулы по 10 мг. Суточная доза до 15–20 мг.

2. ТЕРАЛЕН (алимемазин) обладает лёгким антидепрессивным и активирующим эффектом. Сильный вегетонормализатор. Показан при истерических, навязчивых состояниях и фобиях. Противопоказан при заболеваниях печени и почек. Выпускают по 5 мг в таблетках и ампулах. Назначают 10–20 мг в сутки.
3. БЕТАМАКС (сульпирид) – это атипичный нейролептик, из группы замещенных бензамидов. Механизм фармакологического действия бетамакса связан с избирательным влиянием на дофаминовые рецепторы. В малых дозах (до 200мг в сутки) бетамакс оказывает действие, связанное с развитием феномена «торможение торможения», это – непрямая стимуляция через усиление высвобождения дофамина, предшественника катехоламинов. Целесообразно назначать бетамакс параллельно с корректором-анксиолитиком из группы бензодиазепинов, особенно первые 2 недели лечения. Препарат выпускается в таблетках по 50, 100 или 200 мг, 30 таблеток в упаковке, средняя суточная доза – 200 мг. Самые малые дозы – 50 мг в сутки – употребляются при лечении нервной анорексии, когда пациенту нельзя назначить сразу необходимую по его возрасту дозу. Учитывая множество жалоб со стороны пищеварительного тракта у больных анорексией, а также стимуляцию аппетита, бетамакс является препаратом выбора для лечения нервной анорексии. Антидепрессивный эффект бетамакса наиболее ярко проявляется при астенической депрессии. Это делает бетамакс препаратом выбора при «синдроме утраты» в общей врачебной практике, который на биохимическом уровне проявляется в виде истощения дофаминовой медиации. Влияя на соматотропный гормон и обладая прокинетическим действием, препарат нормализует перистальтику пищеварительного тракта, ускоряет регенерацию при язвенной болезни, уменьшает запоры. Побочные эффекты бетамакса – сонливость, головокружение, галакторея, нарушения менструального цикла, булимия – быстро проходят при отмене препарата. Для применения бетамакса в общей врачебной практике врачи часто используют целый комплекс показаний, в основном это патология пищеварительной системы на фоне пограничных расстройств астено-депрессивного круга:

- синдром раздраженной кишки, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- депрессии, тревожно-фобические расстройства, астения;
- ипохондрическое расстройство (неверная внутренняя картина болезни, поиски тяжелого заболевания, пока не распознанного врачами);
- соматизированное расстройство (множество неприятных болезненных ощущений, не укладывающихся в определенный диагноз заболевания);
- перманентные вегетативные дисфункции, особенно желудочно-кишечного тракта: диспепсия, привычная рвота, запор; головокружение.

4. СОНАПАКС (тиоридазин) показан при вагусных ночных пробуждениях, с тревогой, приступами учащенного сердцебиения, дисфориях, расстройствах сна при органической или сосудистой патологии центральной нервной системы. Сонапакс хорошо переносят пожилые люди. Выпускается в драже по 10 мг, 25 мг, и 100 мг. При амбулаторном лечении дозы до 50 г в сутки.
5. ТИЗЕРЦИН (левомепромазин) является мощным седативным и антипсихотическим средством. Потенцирует эффект анальгетиков. Показан при неотложных состояниях, сопровождающихся психомоторным возбуждением. Выпускается в таблетках и в ампулах по 25 мг. Назначают по 1 таблетке или ампуле в сутки.
6. ХЛОРПРОТИКСЕН (труксал) – подавляет уровень ощущений, сенестопатии. Имеет легкий антидепрессивный эффект. Применяется при агрессивности, истерии и ипохондрии. Потенцирует действие анальгетиков. Выпускают в таблетках по 15 мг и 50 мг. Суточная доза 30–100 мг. Побочное действие – агранулоцитоз, тахикардия.

Бывает, что назначение нейролептиков приводит к появлению паркинсонической симптоматики. Необходимо проконсультировать пациента у специалиста (психиатра), который откорректирует назначения или назначит циклодол.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Антидепрессанты имеют три параметра действия:

- повышают настроение;
- успокаивают;
- стимулируют.

Курс лечения легкой (бывшей «невротической», ситуационной) депрессии может быть завершен за 1 месяц. Если есть подозрения, что у пациента дистимия, циклотимия, рекуррентное расстройство или тяжелый депрессивный эпизод, – курс лечения достигает 4–6 месяцев, нередко и года. Необходимы консультация или наблюдение специалиста. Только после этого принимается решение о возможности отмены препарата. Поэтому следует сразу обсудить с пациентом финансовые возможности его лечения. При неэффективности 1 курса возможна смена антидепрессанта, но если и второй амбулаторный курс оказался безуспешным, следует обсудить вопрос о стационарном лечении. Очень опасно лечение минимальными дозами (по 1/4–1/3 таблетки) любого антидепрессанта. Антидепрессивного эффекта не будет, а резистентность может сформироваться. Ниже приводятся только формы выпуска и дозировки, целесообразные при амбулаторном лечении антидепрессантами.

1. АМИТРИПТИЛИН (триптизол, эливел) – повышает настроение, оказывает седативное и холинолитическое действие. Показан при тревожной депрессии, фобиях, но, поскольку повышается не только настроение, можно усилить истерические, паранойяльные проявления, агрессивность, вплоть до самоагрессии. В этой связи рекомендуется параллельно назначать препарат-корректор из бензодиазепинов, особенно в первые 2 недели лечения. Сейчас уже появились такие комплексные препараты, как АМИКСИД (амитриптилин+хлордиазепоксид). Амитриптилин следует с осторожностью назначать при сердечно-сосудистой патологии, заболеваниях простаты. Можно использовать его при лечении запоров и спастических болей в кишечнике. Выпускают в таблетках по 25 мг. Суточная доза при амбулаторном лечении до 75 мг.

2. ПИРАЗИДОЛ – антидепрессант активирующего действия. При астено-депрессивных состояниях его следует сочетать с бензодиазепинами. Таблетки по 25 мг, 50 мг. Средние суточные дозы до 75 мг. Обязателен корректор – бензодиазепин.
3. БЕФОЛ – антидепрессант активатор. Таблетки 10 мг, суточная доза 30 мг. Показания – астеническая депрессия. Обязателен корректор – бензодиазепин.
4. ИНГИБИТОРЫ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ (мелипрамин, ниаламид). Не желательно использовать их амбулаторно из-за многочисленных побочных действий. Они несовместимы с сыром, вином, кофе, дрожжами, ветчиной, селёдкой, многими лекарствами. Преобладает стимулирующий аффект над антидепрессивным.
5. КЛОМИПРАМИН (анафранил) оказывает антидепрессивное и седативное действие. Целесообразно назначать при панических расстройствах, навязчивостях. Таблетки 10 мг и 25 мг. Суточная доза 50 мг.
6. МОКЛОБЕМИД (аурорикс) – активатор, селективный ингибитор моноаминоксидазы-А. Таблетки 150 мг и 300 мг. Суточная доза 300 мг. Обязателен корректор – бензодиазепин.
7. МИАНСЕРИН (леривон) – обладает антидепрессивным и выраженным седативным действием. Хорошо действует при депрессиях климактерического периода, при сопутствующей соматической патологии. Таблетки 30 мг. Суточная доза 60 мг.
8. МАПРОТИЛИН (лудиомил) антидепрессант-седатик, имеет противоагрессивное, холинолитическое, антигистаминное действие. Хорошо зарекомендовал себя при лечении дисфорических, раздражительных больных, с сопутствующей соматической патологией, особенно в геронтологической практике. Таблетки 10 мг и 25 мг, суточная доза 50–75 мг.
9. КОАКСИЛ (тианептин). Антидепрессант сбалансированного действия, селективный стимулятор обратного захвата серотонина; препарат выбора для легких депрессий, особенно при истероидных особенностях личности. Противопоказание – наркоз. Таблетки 12,5 мг. Суточная доза 37,5 мг.

10. ТРАЗОДОН (триттико) антидепрессант умеренного сбалансированного действия, целесообразно применять при посталкогольных депрессиях, соматизированной тревоге. Таблетки 75 мг и 150 мг, суточная доза 150–200 мг.
11. ФЛУОКСЕТИН (прозак, фрамекс, продеп) – ингибитор обратного захвата серотонина. Выраженное антидепрессивное действие нередко наступает ранее 2 недельного срока, поэтому необходим бензодиазепиновый корректор. Имеет серьезные побочные действия: снижение либидо, аппетита, тошноту, бессонницу, тремор.
12. ПАРОКСЕТИН (паксил) препарат выбора при суицидальных депрессиях, эффективен при панических расстройствах, но как и другие ингибиторы обратного захвата серотонина, обладает многими побочными эффектами (см. выше). Таблетки 20 мг, суточная доза 20 мг.
13. ЦИТАЛОПРАМ (ципрамил) переносится больными лучше остальных ингибиторов обратного захвата серотонина, не выражена кардиотоксичность. Таблетки 20 мг и 40 мг. Средняя доза 20 мг.
14. ФЛУВОКСАМИН (феварин) наиболее фармакоэкономичен среди прочих ингибиторов обратного захвата серотонина, имеет противотревожное и антипаническое действие; таблетки 50 мг и 100 мг. Суточная доза 100 мг. Противопоказан пациентам с патологией свертывающей системы крови, имеет также выраженное побочное влияние на печень и почки. Меньше всех остальных серотонинпозитивных антидепрессантов угнетает сексуальную сферу.
15. РЕМЕРОН (миртазапин). Ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина. Выраженное антидепрессивное действие: уменьшает ангедонию, заторможенность, тревогу. Потенцирует действие анальгетиков. Таблетки 15 мг, 30 мг, 45 мг. Суточная доза 30 мг.
16. ТЕРАЛЕН (алимемазин) нейролептик, но обладающий умеренным антидепрессивным и активирующим эффектом. Показан при истерических, навязчивых состояниях и фобиях. Противопоказан при заболеваниях печени и почек. Таблетки 5 мг. Назначают 10–20 мг в сутки.

17. ГЕПТРАЛ (адеметионин) – гепатопротектор с антидепрессивной активностью. Препарат выбора после курса гепатотоксичных нейролептиков или антидепрессантов. Эффективен при депрессиях на фоне патологии печени, особенно посталкогольного генеза. Таблетки и флаконы 400 мг. В/в капельно 1–2 флакона в сутки № 10, затем 400 мг 2–4 раза в день 1 месяц.
18. БЕТАМАКС (сульпирид, эглонил) атипичный нейролептик с выраженным активирующим и антидепрессивным эффектом. Препарат выбора при депрессии утраты, а также – при любых состояниях истощения дофаминовой рецепции (усталость, хронический стресс, синдром профессионального выгорания, т. е. астено-депрессивные состояния). Очень эффективен при нервной анорексии, при депрессии в сочетании с синдромом раздраженной кишки или с язвенной болезнью (уменьшает запоры и улучшает регенерацию), при головокружении. Ввиду отсутствия гепатотоксического действия, применим при посталкогольных депрессиях. Хорошо зарекомендовал себя при ипохондрической и соматоформной симптоматике, т.к. влияет на болевые ощущения. Противопоказание – лечение L-тироксином (вызывает галакторею и нарушение менструального цикла, полностью обратимые при отмене). Препарат не назначают также вместе с β-адреноблокаторами и гипотензивными средствами центрального действия (клофелин, допегит), т.к. нейтрализуется желаемый гипотензивный эффект. Несмотря на активацию, устраняет избыточную тревогу. Таблетки 50 мг, 100 мг и 200 мг. Суточная доза 200 мг. На выполнение пациентом врачебных рекомендаций большое влияние оказывает соотношение «цена-качество» препарата. Если сравнивать с другими антидепрессантами, то 1 месяц лечения бетамаксом (200 мг в сутки) в настоящее время стоит в 5,4 раза дешевле, чем коаксилом и в 6,4 раза дешевле, чем ципрамилом.
19. НЕГРУСТИН – растительный препарат из зверобоя, обладающий умеренным антидепрессивным действием. Капсулы 425 мг. Суточная доза 1–2 капсулы. Противопоказание – фотосенсибилизация.
20. ДЕПРИМ (гиперицин) – растительный препарат из зверобоя. Таблетки 300 мкг. Суточная доза 1–3 таблетки, умеренное

антидепрессивное действие. Противопоказание – фотосенсибилизация.

21. ЖЕНЬ-ШЕНЬ – обладает умеренным антидепрессивным эффектом. Суточная доза – 1 ч. л. спиртовой настойки утром. Входит в состав многих витаминных комплексов: «Геримакс», «Ревитал».

НООТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Улучшают трофику и уменьшают гипоксию нервной ткани, повышают ассоциативные и интегративные функции мозга, устраняют избыточность реакций в стрессе, т.е. обладают стресспротективным действием. Не усугубляют, в отличие от транквилизаторов, астению. Курс 1–1,5 месяца, далее отмена или смена препарата. Хорошим тоном считается комплексное лечение ноотропным + нейроангиопротективным средством. Уже появились комплексные препараты, содержащие как, например, ФЕЗАМ пирацетам 400 мг и циннаризин 25 мг.

Очень важный вопрос, который приходится решать врачу общей практики при лечении астено-депрессивного синдрома – что предпочесть ноотропные препараты (если это «депрессия истощения») или антидепрессанты (если это – стертая форма настоящего депрессивного расстройства). Ошибиться и дать при «большой депрессии» ноотропные препараты – значит усилить трофику патологически работающих нервных клеток. Это приведет к еще большему ухудшению депрессивной симптоматики. Дозировки приведенные для церебропротекторов ниже, рекомендуются для амбулаторного лечения, т.к. например, для ноотропила после аорто-коронарного шунтирования доза в стационаре составляет в первые дни до 60 мл 20% раствора в/в, т.е. 12 000 мг в сутки. Это ни в коем случае не рекомендация, но демонстрация врачу его «пространства для маневра», поскольку пациенты по финансовым соображениям нередко настаивают на минимальных дозах по 200 мг трижды в день.

1. НООТРОПИЛ (луцетам, пирацетам) показан как при органических заболеваниях нервной системы (инсультах, алкогольной и посттравматической энцефалопатиях, после наркоза), так и вследствие истощения функционального генеза (астения после тяжелого стресса). Главная точка приложения – астенический синдром. Назначают внутрь, внутривенно и внутримышечно.

Выпускают в таблетках по 200 мг, 400 мг, 1200 мг, 2400 мг и в ампулах 20% – 5 мл. Суточная доза для амбулаторного лечения 2400 мг. Рекомендуется для утреннего приема, т.к. у четверти пациентов, особенно пожилого возраста, он вызывает избыточную активацию, перевозбуждение вплоть до бессонницы. В таком случае желательно добавить препараткорректор с седативным эффектом: фенибут, глицин.

2. ФЕНИБУТ – «вечерний ноотроп», оказывает седативное, противотревожное действие. Снимает двигательные расстройства при алкогольной интоксикации. Уменьшает абстинентный синдром. Не вызывает утренней сонливости, поэтому может быть рекомендован, как предэкзаменационный препарат. Хорошо действует для премедикации и в постнаркозном периоде, как патогенетическое средство, улучшающее засыпание. Таблетки 0,25 г. Назначают до 1 г в сутки. Побочное действие – гастриты.
3. ПИРИДИТОЛ (пиритинол, энцефабол) сходный по строению с витамином В6 церебропротектор. Его назначают при астенодепрессивных состояниях у пожилых и детей. Таблетки по 50 мг и 100 мг. Суточная доза 100–200 мг, рекомендуется утренний прием.
4. АЦЕФЕН (меклофеноксат) показан при ипохондрии и нарушениях мнестических функций в пожилом и старческом возрасте, особенно на фоне резидуальной церебрально-органической патологии, а также при навязчивых мыслях и других невротических состояниях. Возможно обострение страха и тревоги, бессонница, повышение аппетита. Рекомендуется утренний прием. Таблетки по 100 мг, 250 мг; суточная доза 250–500 мг.
5. ГЛЮТАМИНОВАЯ КИСЛОТА. Таблетки по 250 мг, 500 мг. Суточная доза – до 2000 мг.
6. НИЦЕРГОЛИН (сермион) – ноотроп со свойствами альфа- адреноблокатора. Область применения – деменция, резидуальные органические нарушения нервной системы, церебральный атеросклероз, особенно на фоне артериальной гипертензии. Таблетки 5 мг, 10 мг, 30 мг. Суточная доза 30 мг.
7. ПИКАМИЛОН (никотиноилгамма-аминомасляная кислота). Применяется часто в геронтологической практике, при сосудистом генезе интеллектуально-мнестической недостаточности. Таблетки 10 мг, 20 мг, 50 мг. Суточная доза 50–200 мг.

8. СЕМАКС – содержит лишенный гормональной активности фрагмент адренокортикотропного гормона, метионин, глицин, глутамин и пр.) Обладает ноотропными и адаптогенным эффектом. Применяется 0,1% раствор интраназально по 2–3 капли в каждую ноздрю 1 месяц, в геронтологической практике: при реабилитации в постинсультном периоде, при мигренях, невралгии тройничного нерва, при деменции. Может применяться по требованию у потенциально здоровых лиц для улучшения операторской деятельности, сохранения когнитивных функций в условиях перегрузок. Повышает устойчивость организма к гипоксии и наркозу.
9. ГЛИАТИЛИН (холина альфосцерат) – церебропротектор с центральным холиномиметическим действием. Препарат выбора в остром периоде мозговых катастроф (инсульта, черепно-мозговой травмы), но действует и при хронической резидуальной органической патологии нервной системы, при старческих деменции и псевдомеланхолических нарушениях. Особенно эффективен при истероидных особенностях личности. Таблетки 400 мг и ампулы 1000 мг. Суточная доза в остром периоде 1–3 ампулы, при хронической патологии 1200 мг. Побочно – тошнота.
10. ГЛИЦИН – церебропротектор с альфа-адреноблокирующим эффектом. Хорошо зарекомендовал себя для лечения больных дисциркуляторной энцефалопатией с выраженной дисфорией, агрессивностью. Применим в геронтологической практике, особенно у лиц с артериальной гипертензией. Может быть применен по требованию для борьбы с бессонницей. Хорошо зарекомендовал себя в лечении детей и подростков. Таблетки 100 мг, суточная доза 300–400мг.
11. ГИНКГО БИЛОБА (танакан, билобил) умеренной силы препарат, применяющийся при резидуальной органической патологии нервной системы. Таблетки 40мг, суточная доза 120–200 мг. Побочно- диспептические явления.
12. ПАНТОГАМ (гопантеновая кислота) – церебропротектор, применимый в основном в детской практике. Таблетки 250 мг и 500 мг. Суточная доза 1500–2000мг.
13. ЦЕРЕБРОЛИЗИН – препарат умеренной силы для лечения деменции, сосудистой патологии головного мозга. Ампулы 1 мл,

5мл, 10мл; суточная доза 5–10 мл; при деменции Альцгеймера до 20–30мл в/в капельно.

14. ЭНЕРИОН (сальбутиамин) – близок по строению к витамину B_1. Таблетки 200мг, суточная доза 400–600мг.
15. ВИТАМИНЫ B_1 (тиамина бромид и тиамина хлорид) и B_6 (пиридоксина гидрохлорид), а особенно ПЕНТАВИТ и НЕЙРОМУЛЬТИВИТ – комплексы витаминов группы В, обладают церебропротективным действием.

АКТОПРОТЕКТОРЫ, АНТИОКСИДАНТЫ, НЕЙРОАНГИОПРОТЕКТОРЫ

Поскольку нервную клетку повреждает не только дефицит ГАМК-торможения (туда направлено действие ноотропных препаратов), но и другие факторы (продукты перекисного окисления липидов, сосудистая недостаточность), актуальным является применение препаратов, влияющих на эти патологические процессы. Их целесообразно применять одновременно или вслед за церебропротекторами, курсами 1–1,5 месяца, меняя затем препарат в случае необходимости.

1. ЦИННАРИЗИН (стугерон) – улучшает мозговое кровообращение, тормозит влияние многих вазоактивных веществ: норадреналина, дофамина, серотонина, гистамина, брадикининов. Блокирует кальциевые каналы. Уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата. Показан при хронических нарушениях мозгового кровообращения, шуме в ушах, головной боли сосудистого характера. Может по требованию применяться при бессоннице. Таблетки по 25 мг и 75 мг. Суточная доза 75 мг, рекомендован вечерний прием.
2. КАВИНТОН (винпоцетин) – улучшает кровоснабжение мозга, повышает устойчивость к гипоксии. Эффективен при церебральном атеросклерозе, особенно на фоне артериальной гипертензии. Целесообразно применять при дегенеративных нарушениях зрения и слуха, особенно в климактерическом периоде. Обладает антиагрегантными свойствами. Побочно – умеренная гипотензия. Таблетки 5 мг, ампулы 10 мг. Суточная доза 3 таблетки или 2 ампулы в/в капельно.

3. ТРЕНТАЛ (пентоксифиллин) – эффективен при хронических нарушениях мозгового кровообращения, обладает антиагрегационными свойствами. Таблетки 100 мг, суточная доза 300–600 мг.

4. МАГНЕРОТ – уменьшает проявления минимальной мозговой дисфункции у детей и мышечные и сосудистые спазмы у взрослых. Нормализует нервно-мышечную передачу. Эффективен при церебральном атеросклерозе. Восполняет дефицит магния (см. ниже). Таблетки 500 мг. Суточная доза 3–6 таблеток.

5. МАГНЕ-B_6 – уменьшает возбудимость нейронов, восполняет дефицит магния, облигатный при астении и депрессии. Это особо актуально в Санкт-Петербурге (гипомагнезиальная питьевая вода). Таблетки 500 мг лактата магния + 125 мг витамина B_6. Суточная доза 3–6 таблеток.

6. ИНСТЕНОН – Комбинация этофиллина, гексабендина и этамивана. Активатор кровообращения и метаболических процессов в центральной нервной системе. Применяется в реабилитационном периоде после инсульта, черепно-мозговых травм. Эффективен при головокружении. Таблетки официнальные и таблетки-форте, ампулы по 2 мл. Суточная доза 6 официнальных таблеток или 3 таблетки-форте; 1–2 ампулы в/м или в/в капельно.

7. АКТОВЕГИН – обладает мощным антигипоксическим действием. Применяется при энцефалопатиях, в постнаркозном и постинсультном периодах, эффективен при резидуальной органической патологии центральной нервной системы, особенно в геронтологической практике. Обладает репаративными свойствами. Ампулы 80 мг, 200 мг, 400 мг; гели, глазные мази для местного применения. Суточная доза 600–1000 мг в/в капельно.

8. КОРТЕКСИН – обладает выраженным антиоксидантным, метаболическим и противосудорожным действием. Снижает токсические эффекты психотропных лекарств. Показан при воспалительных, сосудистых, посттравматических заболеваниях мозга. Ампулы 10 мг, суточная доза 10 мг. Курс 10 в/м инъекций.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Препараты (фенамин, кофеин, сиднокарб, сиднофен, центедрин и др.), использование которых в общей врачебной практике не желательно из-за обязательного эффекта «маятника» – усугубления астении после их приема, быстрого формирования зависимости, множества побочных эффектов, но, главное – их эффект носит в основном симптоматический, т.е временный характер.

АДАПТОГЕНЫ

Препараты данной группы при серьезных пограничных расстройствах центральной нервной системы применяются в качестве «отделочных работ» после курса психофармакологических препаратов вышеперечисленных групп. В легких случаях, в педиатрической практике они могут быть успешно применены в качестве самостоятельного лечения. Курс лечения 1–2 месяца, для удобства пациента препарат может быть принят однократно утром в дозе 1 чайная ложка спиртовой настойки (экстракта). Помимо общего адаптогенного действия, каждый из препаратов имеет свою особенность: аралия, сапарал, левзея влияют на высшие интегративные функции мозга; пантокрин воздействует на сексуальную сферу; лимонник, золотой корень, глицерофосфат кальция уменьшают ощущение физической усталости; жень-шень улучшает настроение; цимицифуга нормализует расстройства климактерического периода; эхинацея и элеутерококок стимулируют иммунитет; солодка является стероидопротективным средством.

КОМПЛЕКСНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ СОМАТОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Врач общей практики всегда помнит о том, что полипрагмазия усиливает феномен «нон-комплайнс»: пациент перестает выполнять назначения врача. Поэтому очень актуальной является информация о комплексном действии многих лекарств. С учетом этого в терапии соматического страдания можно одновременно воздействовать на основное заболевание и на определённое пограничное расстройство центральной нервной системы.

1. *H_2-гистамин-блокаторы* обладают умеренным антидепрессивным эффектом.
2. *Бетамакс* уменьшает запоры, способствует репарации при язвенной болезни + антидепрессивный + активирующий эффект + снижает головокружение.
3. *Милдронат* – церебропротектор + кардиопротектор-антигипоксант.
4. *Церукал* – уменьшает запоры + вегетонормализующий эффект.
5. *Трихопол*, помимо основного действия, оказывает влияние на анаэробную микрофлору (применение при стоматологической инфекции), имеет антидепрессивный и тетурамоподобный эффект.
6. *Фенобарбитал* оказывает желчегонный + снотворный эффект.
7. *Резерпин* снижает артериальное давление + седативный эффект.
8. *Клофелин* снижает артериальное давление + седативный эффект.
9. *Сальбутамол* – бронхолитик + активирующий эффект.
10. *Френолон* – нейролептик + усиление аппетита.
11. *Перитол* – антигистаминный эффект+усиление аппетита.

12. *Алпразолам* – противотревожное действие + антидепрессивный эффект.
13. *Кортикостероиды* – специфическое + энергизирующее действие (иногда вплоть до психоза) + кошмарные сновидения.
14. *Анаприлин* – гипотензивное действие + кошмарные сны.
15. *Пипольфен* обладает антигистаминным действием + снижает температуру + седативно-снотворный эффект.
16. *Фуразолидон* – уроантисептик + антидепресивный эффект.
17. *Дифенин* обладает антиаритмическим действием + противосудорожным эффектом + вегетонормализующим эффектом.
18. *Этимизол* является дыхательным аналептиком + стероидопротектором + усиливает долгосрочную память пациента.
19. *Кетотифен* оказывает противоаллергическое, седативное и снотворное действие.
20. *Валериана*, кроме седативного, обладает желчегонным действием.
21. *Мята* оказывает желчегонное, седативное действие и снижает тошноту.
22. *Боярышник* обладает антиаритмическим и седативным эффектом.
23. *Солодка* – отхаркивающее действие + стероидопротективный эффект.

СИНДРОМНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ

СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ (ВЕГЕТОДИСТОНИЯ)

Синдром, облигатный при любом пограничном расстройстве. Обычно возбуждены оба отдела: симпатический и парасимпатический, но какой-то чуть больше. Вегетативная дисфункция – синдромный диагноз, поэтому всегда хорошим тоном считается дать и основное заболевания. Чаще всего это:

1. Нарушение центрального характера (депрессия, расстройство адаптации и т.п.).
2. Диэнцефальное расстройство (последствия черепно-мозговой или родовой травмы, энцефалопатии и т.п.)
3. Органное, периферическое расстройство (мочекаменная болезнь, предменструальный синдром при загибе матки и т.п.).

Терапия делится на базовую (лечение основного заболевания) и кризовую.

Базовая терапия при повышении тонуса симпато-адреналовой системы

Лечение основного заболевания (предпочтительными являются препараты с вегетонормализующим эффектом: терален, феназепам, беллатаминал и т. п.) и лекарства с адренолитическими свойствами (глицин, кавинтон, леривон, ремерон, ницерголин, циннаризин и т. п.).

Применяют: центральные и периферические адренолитики: пирроксан в таблетках по 15мг, дигидроэрготамин 0,2% раствор по 10–20 капель или в таблетках по 2,5 мг, дигидроэрготоксин (редергин) по 1,5 мг и 4,5 мг, допегит 250 мг, никотиновую кислоту в таблетках 50–100 мг или в растворе 1% – 1,0 .

Препараты назначают в минимально действующих дозах 1–4 раза в сутки. Эффективны также препараты калия, малые дозы инсулина. Назначают физиотерапию: интраназальный электрофорез хлористого кальция, эуфилина на область воротниковой зоны, массаж воротниковой зоны, сульфидные ванны, диета, богатая углеводами.

Базовая терапия при повышенном тонусе парасимпатической нервной системы

Для лечения основного заболевания применимы средства, обладающие холинолитическими свойствами (атаракс, амитриптилин и т.п.).

Применяют: центральные и периферические холиноблокаторы: амизил в таблетках по 1 мг и 2 мг, бутироксан в таблетках 15 мг. Назначают препараты от 1 до 4 раз в сутки в минимально действующих дозах; М-холиноблокаторы: атропин в таблетках по 0,25 мг или 0,1% раствор по 1,0 мл. Умеренно эффективны симпатомиметики, кальция хлорид, аскорбиновая кислота, витамины B_6, B_1, глютаминовая кислота, адаптогены. Применяют физиотерапию: радоновые и солевые ванны, холодный или контрастный душ, интраназальный электрофорез димедрола и электрофорез адреналина на воротниковую зону. Диета, богатая белком.

Следует помнить, что ваготония часто является относительной (например, вследствие стрессового истощения катехоламинового фонда пациента). Тогда следует вместо холинолитиков применять препараты, пополняющие катехоламиновый запас больного. В данном случае препаратом выбора является бетамакс.

При нарушениях в обоих отделах

Помимо лечения основного заболевания назначают: беллоид, беллатаминал, капли Зеленина, бензодиазепиновые транквилизаторы, стугерон, терален. Желательна физиотерапия, особенно бальнеолечение, физкультура и иглорефлексотерапия.

По МКБ-10 термин «паническая атака» соответствует известному врачам общей практики понятию «вегетативного или диэнцефального криза».

Клиника:

- страх смерти, паника;
- головокружение, отсутствие равновесия, полуобморочное состояние;

- сердцебиение или брадикардия;
- потливость;
- ощущение комка в горле;
- дискомфорт в животе, может быть последующий понос;
- тошнота (может быть рвота);
- боли и дискомфорт в грудной клетке;
- деперсонализация и дереализация;
- парестезии, «ватные» ноги;
- чувство жара или холода;
- короткое неглубокое дыхание, чувство неполного вдоха;
- страх потерять контроль над собой, сойти с ума;
- может быть обильное мочеиспускание после криза; если это уже началось – криз может закончиться спонтанно без медицинской помощи;
- для симпатоадреналовых кризов характерно абортивное течение, а для вагоинсулярных – жестко одинаковая клиника, может быть сильная астения после криза; вагоинсулярные кризы как правило, имеют органическое происхождение, нужна консультация невропатолога. Для невротических расстройств характерны симпатоадреналовые кризы, а для органической патологии – смешанные или вагоинсулярные;
- артериальное давление при симпатоадреналовых кризах повышается, а для вагоинсулярных типично понижение; любой криз может вплетаться в клинику соматического заболевания пациента: например, гипервентиляционные проявления при астме или страх и рвота при почечной колике;
- симпатоадреналовые кризы, как правило, имеют видимую причину, а вагоинсулярные характеризуются спонтанностью.

Лечение кризов:

1. *При сочетании признаков симпатоадреналового криза с вагоинсулярным* рекомендуется использовать: транквилизаторы, лучше всего бензодиазепинового ряда (реланиум 1–2 ампулы в/м, в/в или перорально под язык 0,5–1 мг феназепама); антигистаминные препараты (1 ампулу димедрола или перорально 1 ч.л. корвалола под язык).

2. *При преобладании симпатоадреналовых проявлений* можно добавить: пирроксан по таблетке под язык каждые 15–20 минут (2–3 раза), массаж воротниковой зоны.
3. *При преобладании признаков вагоинсулярного криза* можно добавить: бутироксан по 1 таблетке под язык каждые 15–20 минут (2–3 раза), апрофен, капли Зеленина.

При лечении соматоформного вегетативного расстройства следует помнить, что иногда оно проявляется исключительно соматическими жалобами: например при вегетативной дисфункции нижнего отдела желудочно-кишечного тракта По МКБ-10 тогда возможно кодировать заболевание как F 45.32 или как К.58 – синдром раздраженной кишки).

При лечении вегетативной дисфункции желудочно-кишечного тракта, следует помнить о том, что она иногда является также синдромным диагнозом, и надо лечить основное заболевание.

При невротической рвоте назначают голод, новокаин 0,25% раствор, перорально; церукал, седативные травы. При запорах нередко эффективны антидепрессанты, бетамакс; а избыточную моторику нормализуют транквилизаторы. Применяются гомеопатические средства: рвотный орех-6, белладонна-6. По 6 крупинок под язык ежедневно, курс лечения 1 месяц.

При функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы рекомендуются: боярышник, ландыш, мята, валидол, тразикор, калий, что часто является ничем иным, как «вооруженным внушением». Специальной кардиотропной терапии при данных нарушениях проводить не следует. Гомеопатические средства: адонис-6, боярышник-6 по 6 крупинок ежедневно 1 месяц.

При лечении соматоформного болевого расстройства следует помнить, что астения снижает порог восприятия боли, тревожность делает его нестабильным, а депрессия придает боли различные мучительные оттенки: «грызущая», «предсердечная тоска» и т.п. При лечении основного заболевания целесообразно тогда использовать препараты, в чье действие входит уменьшение субъективного переживания боли. Это бетамакс, амитриптилин, диазепам, ремерон, финлепсин, милдронат.

БЕССОННИЦА

Бессонницей страдает 38 % всего населения, причем у 17 % нарушение сна наблюдается постоянно. Согласно МКБ-10 к расстройствам сна неорганической природы F 51 относятся: нарушение засыпания (в 80%), недовольство качеством сна, гиперсомния, десинхроноз, сомнамбулизм, кошмары и ужасы во время сна. Чаще всего – это бывает в рамках астении, тревоги и депрессии. Органические расстройства (апное во сне и др.) кодируются под грифом G 47. Хронизации бессонницы способствует тревожное ее ожидание, так как это нарушает автоматизм засыпания. Неблагоприятный сосудистый фон усугубляет течение бессонницы. В настоящее время требования к «идеальному гипнотику» выглядят так: он должен улучшать количество и качество сна; не приводить к зависимости и толерантности; не иметь феномена рикошета; не иметь побочных эффектов и интеракций с другими лекарствами больного; быстро действовать в минимальной дозе.

Первым этапом в лечении пациентов с нарушением сна является выяснение давности бессонницы. Ситуационная бессонница часто лечится с помощью психогигиенических мер и назначения минимальных доз сомнола по требованию. Если расстройству более 1 месяца, обязательна отмена всех принимаемых снотворных или замена их на плацебо: выявляются сохраненные и нарушенные структуры сна. Проводится диагностика основного расстройства и его лечение (психофармакология). Для неврастении характерно плохое засыпание, при астении и тревоге пациенты часто жалуются на неглубокий, поверхностный сон с пробуждениями. Для депрессии характерны ранние пробуждения. Могут быть и соматические причины бессонницы: диарея, хроническая боль, астма; фармакологические причины: β-адреномиметики и b-адреноблокаторы, клофелин, резерпин, стероиды; и пища, съеденная на ночь: кофе, мясо, алкоголь; бывают и психиатрические причины: органическая патология головного мозга, шизофрения. Таким образом, бессонница – синдром, и надо лечить основное заболевание. Поэтому универсальное средство от бессонницы – не возможно. Иначе пациент скажет: «Сон после снотворного был, отдыха не было».

Засыпание улучшают транквилизаторы, особенно со снотворным эффектом: хальцион, дормикум, рогипнол, нитразепам; но они же уменьшают время «быстрого сна» и вызывают привыкание.

Комбинации транквилизаторов на ночь с лёгкими активаторами, такими как лимонник, элеутерококк, пантокрин утром активируют систему «сон-бодрствование». Человек устанет больше и лучше заснёт вечером. Эта методика хороша при лечении десинхроноза.

При лечении лиц старческого возраста необходимо учитывать влияние сосудистого фактора и иногда назначать вечером чай, кофе, а не седативные средства. Такая парадоксальная терапия может существенно улучшить сон. Пациентам с признаками депрессии в комплексную терапию рекомендуется включать антидепрессанты и седативные препараты. Лицам с преобладанием тревоги хорошо назначать феназепам.

Для лечения ситуационной бессонницы можно назначать короткие курсы таких препаратов, как сомнол, атаракс, донормил. Следует помнить о лекарствах с комплексным (+ снотворным) действием: это глицин, фенибут, кетотифен, пипольфен, циннаризин.

Однако, ситуационная или хроническая бессонница у больного, а спать пациент должен с первого дня лечения. Поэтому препаратом выбора является сомнол, в начальной дозе 3,75 мг (1/2 таблетки), назначаемый по требованию. Его неоспоримыми преимуществами перед традиционными бензодиазепиновыми снотворными являются: быстрый эффект, минимальный риск привыкания и хорошее самочувствие наутро. Это очень важно при лечении пограничных расстройств центральной нервной системы, особенно в начальном периоде лечения, для создания психологического «плацдарма успеха» и повышения веры больного в благоприятный исход. Поскольку бессонница в свою очередь приводит к снижению настроения, сомнол помогает разорвать этот порочный круг и уменьшить «нон-комплайнс».

В качестве вспомогательных средств для лечения бессонницы используют хвойные ванны, кислород, седативные травы и иглорефлексотерапию. Немедикаментозные психогигиенические факторы очень существенны: прохладное помещение, грелка, мысленная прогулка «по волне моей памяти», чтение, тихий музыкальный фон. Нередко пациент не засыпает без еды. В качестве «пищевого снотворного» годятся мед, теплое молоко, творог, банан. Очень важно убрать сверхценное отношение ко сну.

НЕВРОТИЧЕСКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Алгоритм работы врача общей практики при лечении головной боли начинается с исключения всех органических ее причин. Головная боль вследствие внутричерепной гипертензии требует включения в комплексную терапию эуфиллина, диакарба, глицина.

Далее невропатолог проводит дифдиагностику мигрени. Если все эти причины исключены, остаются «головные боли усталости». Среди них различают нервно-ссудистую и нервно-мышечную невротическую головную боль.

При лечении нервно-сосудистой головной боли в качестве базисной терапии назначают ноотропные препараты с седативным эффектом, дневные транквилизаторы, витамины группы В, нейроангиопротекторы. Причем, выбирают препараты, влияющие на ощущение боли (см. выше). Вводят глюконат кальция, никотиновую кислоту внутримышечно. С целью нормализации вегетативной нервной системы назначают беллатаминал, кофетамин. Для регуляции сосудистого тонуса рекомендуется включать в комплексную терапию эуфиллин, папаверин, кофеин, а также антигистаминные препараты.

Лечение в режиме «по требованию» включает: бензодиазепиновый транквилизатор + антигистаминный препарат (оба в половинных дозах). К этому добавляют в зависимости от сосудистого тонуса пациента либо эуфиллин, либо кофеин. Своеобразным тестом, косвенно демонстрирующим невысокий сосудистый тонус, является головная боль при приеме нитроглицерина.

При лечении нервно-мышечной головной боли акцент делается, прежде всего, на анальгетики + транквилизаторы. Своеобразным тестом, подтверждающим именно такой генез боли, является нелюбовь к заколкам, стягивающим головным уборам, иногда даже к прикосновениям к голове.

Врач общей практики обязан помнить, что «головная боль усталости», особенно нервно-мышечная, не только симптом когнитивного истощения, но гораздо чаще – ранний признак синдрома выгорания (не обязательно профессионального; речь может идти о любой эмоциональной перегрузке).

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. Для быстрого восстановления рекомендуется следующая терапия (так лечится и постнаркозная астения):

Ноотропный препарат (ноотропил 20% 10–15 мл внутривенно); витамин B_1 5% – 2,0 + витамин B_6 5% – 2,0 внутримышечно или внутривенно ежедневно.

Нейроангиопротектор (кавинтон 10мг в\в капельно)

Физиотерапия остеохондроза шейного отдела позвоночника Курс лечения 10 дней.

Затем курс должен быть продолжен до 1 месяца в виде пероральных форм тех же лекарств

2. Медленное восстановление:

«Утренний» + «Вечерний» ноотропные препараты (ноотропил 1200мг утром + фенибут 250 мг – 500 мг вечером. Курс – один месяц).

Нейроангиопротектор, актопротектор (милдронат 250 мг 3 раза в день 3 дня, затем 250 мг 2 раза в день 1 месяц)

В комплексное лечение астенического синдрома можно также включать:

- другие ноотропы (энцефабол, глютаминовая кислота);
- нейролептики – активаторы в очень малых дозах (френолон, сонапакс). Препарат выбора в данном случае – бетамакс 200 мг ежедневно 1 месяц;
- дневные транквилизаторы (рудотель, триоксазин, грандаксин);
- адаптогены (элеутерококк, левзея и пр). Это «отделочные работы» после основного курса;
- магнезиальная терапия: магнерот, магне B_6; зерновые каши и хлеба также являются источником магния;
- витамины группы В, отруби;
- бальнеотерапия в зависимости от предпочтений пациента;
- гомеопатические средства: фосфорус-6, феррум фосфорикум-6, хининум арсеникозум-6 по 6 крупинок ежедневно 1 месяц.

РЕЗИДУАЛЬНАЯ ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЦНС

Алгоритм лечения резидуальной органической патологии головного мозга начинается с исключения невропатологом морфологически значимой органической патологии. К резидуальной органической патологии относят последствия черепно-мозговых травм и нейроинфекций, радиоактивных поражений, не фиксируемых инструментальными методами, но очевидных клинически. Несмотря на относительно хорошее самочувствие, больным рекомендуется назначать курсами 1–2 раза в год ноотропные препараты умеренной силы: пикамилон, сермион, церебролизин, витамины группы В; а также нейроангио- и актопротекторы: стугерон, милдронат и пр; лидазу; оксигенотерапию; психотерапию. Это наиболее целесообразно делать весной и осенью, когда наибольшие трудности испытывают метеочувствительные больные. Важность данных превентивных мер обусловлена тем, что пациенты с резидуальной органической патологией головного мозга – группа риска по формированию любых пограничных расстройств центральной нервной системы.

ДЕМЕНЦИЯ

Терапия на ранних стадиях деменции должна быть направлена прежде всего на нормализацию сосудистого фона (контроль артериального давления) и внутричерепного давления. Широко используются при этом ноотропные средства, акто- и нейроангиопротекторы, антигипоксанты.

Когда они перестают действовать, начинается содружественное ведение больного вместе с психиатром. Тогда основным лечением становятся нейролептики.

ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РЕАКЦИИ

Лечение острых стрессовых ситуаций должно быть направлено на:

- Снижение эмоциональной напряженности.
- Максимальное благоустройство сна.
  С этой целью назначают 0,5% седуксен 4,0–6,0 мл внутримышечно в сутки или дроперидол 0,25% – 2,0–4,0 мл внутримы-

шечно или внутривенно). Пациенту рекомендуется спать в течение нескольких дней с короткими перерывами на еду. Как правило, острый период длится от 3 дней до 4 недель. Фон – те же препараты перорально.

- Предупреждение суицида.

При снижении критики, сужении сознания необходима своевременная консультация психиатра.

ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМ

При наличии тревоги рекомендуется назначать феназепам (0,5 мг) по дуге от 1 до 8 таблеток (3–4 мг) в день. Побочные явления: атаксия, дизартрия. При их появлении необходимо снизить дозу на 0,5 мг и затем продолжать курс до 2 недель с плавной отменой. При лёгкой тревоге достаточно назначить грандаксин или атаракс.

ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Лечатся антидепрессантами-ингибиторами обратного захвата серотонина, анафранилом. Противотревожные препараты часто дают лишь временный эффект, поэтому рекомендуются для купирования панической атаки (феназепам, алпразолам).

ДЕПРЕССИЯ

- Ключевой вопрос: кто будет лечить пациента (врач общей практики или психотерапевт, психиатр). Оптимальна ситуация хотя бы разовой консультации специалиста, а затем совместное ведение больного.
- Показаны антидепрессанты, с седативным или активирующим эффектом.
- Ларвированная, соматизированная, скрытая депрессия – это «выключенный рубильник эмоций», бесчувственность, деперсонализация. При скрытой депрессии назначают большие дозы, 100 мг амитриптилина в сутки, при этом необходимо страховаться бензодиазепинами в тех же дозах (1 таблетка: 1 таблетка); необходимо содружественное ведение больного вместе с психиатром.
- При депрессии истощения лечение проводится по схеме астении.

АЛКОГОЛИЗМ

Лечение алкоголизма требует специализированной помощи нарколога. Однако, нередко после детоксикации у пациента уже дома развивается делирий. Это повод для немедленной госпитализации в психиатрический стационар. В зависимости от течения выделяют:

1. Предделириозное состояние. В этот период появляются, страхи, бессонница. Алкоголь на короткий срок уменьшает эти явления. Сознание в этот период не очень нарушено, пациент частично ориентирован.
2. Галлюцинаторный делирий. Обычно человек «ловит» насекомых, мышей, при этом испытывает не столько страх, столько недоумение. Критика уже отсутствует, сознание нарушено.
3. Параноидный делирий – это систематизированный бред преследования. Больные в этой связи нередко обращаются в милицию, а не к медикам.
4. Профессиональный делирий. Особенностью его является то, что пациент выполняет действия, типичные для его профессии (каменщик кладёт стенку, врач лечит).
5. Мусситирующий делирий – это церебральная кома, но без очаговой симптоматики. Вывести из этого состояния можно уже только в условиях реанимационного отделения.

В домашних условиях при выходе из запоя необходимо:

- купировать страхи бензодиазепинами, так как они наименее гепатотоксичны. С этой целью вводится реланиум 4,0–6,0 мл в\м, в\в;
- нормализовать сон (фенибут);
- пить содовые минеральные воды;
- курс ноотропных препаратов (фенибут, глицин), милдронат, витамины группы В;
- препараты калия 1–1,5 месяца;
- лечение тревожного, депрессивного расстройства (гептрал, бетамакс).

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Умеренные сексуальные нарушения необходимо лечить в рамках соответствующих пограничных расстройств и другой психопатологии. Например, при преждевременной эякуляции в рамках неврастении, рекомендуется назначать «вечерние» ноотропы, бромкамфору, фитин, глицерофосфат кальция.

Депрессия монотонизирует секс. В этом случае необходимо уточнить форму депрессии (тревожная, астеническая или эндогенная) и лечить её.

Транквилизаторы, нейролептики, многие антидепрессанты угнетают половую функцию. После прекращения приема препаратов половая функция восстанавливается.

Необходимо помнить о возможности включения в комплексную терапию пограничных сексуальных дисфункций, ЛФК, музыки, цвета, запахов. Эрготропный эффект оказывает розовое масло. Трофотропным эффектом обладает лаванда. Седативный эффект оказывают запахи валерианы, душицы, розмарина, герани.

При синдроме утраты, легкой депрессии (особенно при истощении) показан бетамакс, жень-шень.

Лечение сексуальных нарушений обязательно начинается с выявления значимости их для больного (И. Кант сказал: «Слава Богу, я стал импотентом и могу, наконец, заняться наукой»).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ

Психосоматическая личность характеризуется ригидностью, закрытостью, нормативностью, высоким уровнем личностного контроля (в отличие от невротической личности, которая охотно обсуждает свои проблемы и симптомы). У психосоматических личностей выше вероятность развития нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, язвенной болезни, бронхиальной астмы. В основе формирования психосоматических расстройств часто лежит крайне резистентный к психотерапии феномен алекситимии (сдержанности, невозможности или нежелания высказаться)

Назначение таким пациентам седуксена в небольших дозах, по четверть таблетки 4–6 раз в день, в комбинации с иглорефлексотера-

пией приводит, как правило, к лёгкому растормаживанию: пациент проявляет эмоции, говорит о них, это улучшает самочувствие.

Атипичный нейролептик бетамакс обладает репаративным эффектом, помимо антидепрессивного, поэтому он – препарат выбора при сочетании депрессии с язвенной болезнью или синдромом раздраженной кишки.

Кроме того, психосоматические болезни часто имеют тот же неврастенический, истерический, обсессивный, тревожный и пр. механизмы. Тогда следует в соматической ремиссии начать психофармакологическое лечение данного расстройства.

ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Лечить прежде всего необходимо то, в рамках чего развилась ипохондрия. При неврастении важно укреплять порог восприятия боли ноотропами и бензодиазепинами снимать тревогу. При истерии показаны вегетонормализаторы (терален, беллатаминал). При навязчивых мыслях показаны бензодиазепины, хлорпротиксен. При соматоформном болевом расстройстве показан финлепсин, атаракс, антидепрессанты амитриптилин и ремерон (обладающие анальгетическим эффектом) Лечение депрессивной ипохондрии, психопатий необходимо проводить под контролем психиатра или психотерапевта. При ипохондрических расстройствах пищеварительной системы показан бетамакс.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

При нервной анорексии рекомендуется лечить основное заболевание, выбирая препарат, повышающий аппетит: ацефен, амитриптилин, ремерон, леривон, френолон, лив-52, перитол, бетамакс.

При нервной булимии проводится базисная терапия: меридиа и ксеникалом, назначаются препараты с побочным анорексигенным эффектом: флюоксетин.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ошибочное мнение о неэффективности препарата часто связано с тем, что пациент не хочет (нон-комплайнс) или не может выполнить назначения (финансы, режим приема, негативный опыт). Нередко пациент принимает не назначенную, а субтерапевтическую дозу. При лечении антидепрессантами надо информировать больного об отсроченной реакции. Сопутствующее заболевание (диарея, гепатит), интеракции препарата тоже могут быть причинами ложной фармакорезистентности. Врачебные ошибки в диагностике синдрома- мишени, отягощающие психо-социальные факторы жизни пациента также ведут к неэффективности лечения. Если все причины исключены, можно думать об истинной резистентности. Допускается 2 амбулаторных курса антидепрессантов, затем при отсутствии эффекта – госпитализация.

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ЭКСПРЕСС-МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Врач общей практики в условиях дефицита времени не имеет возможности пользоваться тестами из классической психологии. На основании сопоставления диагнозов астенического, тревожного и депрессивного синдромов, полученных по итогам академических тестов и сравнения заключений независимых врачей экспертов, разработан комплекс экспресс-методов скрининговой диагностики для врача общей практики.

В тесте «Круги времени», при котором пациенту предлагалось в виде трех кругов изобразить свое прошлое, настоящее и будущее, больные депрессией рисовали круг «мое прошлое» наибольшим по размеру; лица с гармоничной психикой наибольшим по размеру рисуют круг «мое настоящее» или все три круга одного размера. Тревожным пациентам страшно жить в сегодняшнем дне, поэтому при тревоге наибольший круг – «мое будущее».

Субъективную минуту больные с тревогой ощущали, как меньшую, чем 60 секунд; больные с депрессией ощущали ее как большую, чем 60 секунд; лица с гармоничной психикой допускали ошибки в пределах ± 7 секунд. Секундомер или мобильный телефон позволяет легко проводить такой самоконтроль.

На вопрос о своем будущем «Как Вы думаете, будет хуже, лучше или также – ни хорошо, ни плохо, как сейчас?» – больные с депрессией ответили, что «сейчас – плохо, а будет еще хуже». Больные с тревогой полагали, что «сейчас – плохо, но будет лучше». Больные с астенией считали, что «сейчас – ни хорошо, ни плохо, так себе, сейчас всем трудно; и будет, наверное, также».

Суточные ритмы самочувствия и состояния при депрессии отличаются от таковых при астении. Утренние часы трудны для больных обеих групп. Однако к 11–12 часам у больных астенией наступает пик работоспособности, а у депрессивных он будет только вечером. После обеда (и любой еды) пациенты с астенией испытывают сильную сонливость, у депрессивных этого нет. В вечернее время больных астенией сильно клонит в сон, у депрессивных, напротив, наблюдается пик работоспособности.

Транквилизаторы ex juvantibus, рекомендованные пациентам с тревожно-астеническим синдромом в течение трех дней (феназепам, в дозе 0,5 мг на ночь в первый день; 0,5 мг днем и на ночь во второй день и 0,5 мг три раза в третий день) – существенно улучшили состояние больных с ведущим в клинике тревожным синдромом и усугубили астеническое состояние у больных с ведущим в клинике астеническим синдромом (и вторичной тревожностью).

Врач общей практики может овладеть доступными методами психодиагностики.

СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ ГОТТЛАНД

Изменилось ли по Вашему мнению или мнению окружающих Ваше поведение за последний месяц? Если да, то как?

Признаки депрессии	Совсем нет	В слабой степени	Довольно сильно	Очень сильно
Снижение устойчивости к стрессу	0	1	2	3
Более агрессивное, направленное на внешние обстоятельства поведение, трудности с самообладанием	0	1	2	3
Чувство опустошенности	0	1	2	3
Синдром «перегорания»	0	1	2	3
Постоянная необъяснимая усталость	0	1	2	3
Раздражение, беспокойство, напряженность	0	1		3
Нерешительность в повседневных ситуациях	0	1	2	3
Нарушение сна: ранее пробуждение, засыпание с трудом, беспокойный сон, Непреодолимая сонливость в дневное время	0	1	2	3
Нетерпение, беспокойство, чувство неловкости, особенно по утрам	0	1	2	3
Для снятия напряжения: злоупотребление алкоголем (или лекарствами), повышение активности, изнуряющая работа, усиленное занятие спортом, обильное или скудное питание	0	1	2	3
Будущее представляется в черном свете, мрачным безнадежным	0	1	2	3
Жалость к самому себе	0	1	2	3
Наблюдались ли в семье: злоупотребление алкоголем, лекарствами или наркотиками, депрессии или суицидальное поведение, увлечение деятельностью, связанной с риском	0	1	2	3

Интерпретация результатов:

Баллы	Интерпретация
0–13	по всей вероятности, депрессии нет
14–26	начальные симптомы, развивающейся депрессии
27–39	явная депрессия, следует обратиться к врачу

ШКАЛА ОЦЕНКИ АСТЕНИИ
MULTIDIMENSIONAL FATIGUE INVENTORY MFI-20

20 пунктов теста сгруппированы в 5 шкал. Каждое утверждение ранжируется по 5 пунктам. Наивысший балл отражает самую высокую степень астении. Более 12 баллов по любой из 5 шкал свидетельствует о неблагополучии. Использование общего количества баллов всех 20 пунктов не рекомендуется.

1. ОБЩАЯ АСТЕНИЯ – пункты 1, 5, 12, 16.
2. ФИЗИЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ – пункты 2, 8, 14, 20.
3. ПОНИЖЕННАЯ АКТИВНОСТЬ –пункты 3, 6, 10, 17.
4. СНИЖЕНИЕ МОТИВАЦИИ – пункты 4, 9, 15, 18.
5. ПСИХИЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ –пункты 7, 11, 13, 19.

В соответствии со своим состоянием Вы должны оценить свое самочувствие в последнее время и обвести кружком степень соответствия того или иного утверждения

1. Я чувствую себя здоровым

Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

2. Физически я способен на немногое

Да, это правда	5	4	3	2	1	Нет, это неправда

3. Я чувствую себя очень активным

Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

4. Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие

Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

5. Я чувствую себя усталым

Да, это правда	5	4	3	2	1	Нет, это неправда

6. Мне кажется, я многое успеваю за день

Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

7. Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом

Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

8. Физически я способен на многое

Да, это правда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Нет, это неправда

9. Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

10. Я думаю, что за день выполняю мало дел

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

11. Я могу хорошо концентрировать внимание

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

12. Я чувствую себя отдохнувшим

Да, это правда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Нет, это неправда

13. Мне требуется много усилий для концентрации внимания

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

14. Физически я чувствую себя в плохом состоянии

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

15. У меня много планов

Да, это правда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Нет, это неправда

16. Я быстро устаю

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

17. Я очень мало успеваю сделать

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

18. Мне кажется, что я ничего не делаю

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

19. Мои мысли легко рассеиваются

Да, это правда | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Нет, это неправда

20. Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии

Да, это правда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Нет, это неправда

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ (HADS)

Рекомендации по применению шкалы

Шкала составлена из 14 утверждений, сгруппированных в 2 подшкалы:

A – «тревога» (нечетные пункты – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и

D – «депрессия» (четные пункты – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Инструкция для пациента: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь доктору понять, как Вы себя чувствуете. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области значений: 0–7 – «норма», 8–10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия), 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия».

A **Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕНИЕ, МНЕ НЕ ПО СЕБЕ**

3	все время
2	Часто
1	время от времени, иногда
0	совсем не испытываю

D **ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ, И СЕЙЧАС ВЫЗЫВАЕТ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО**

0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	это совсем не так

A **Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАЖЕТСЯ, БУДТО ЧТО-ТО УЖАСНОЕ МОЖЕТ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТЬСЯ**

3	определенно это так, и страх очень сильный
2	да, это так, но страх не очень сильный
1	иногда, но это меня не беспокоит
0	совсем не испытываю

D **Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ИНОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ**

0	определенно, это так
1	наверное это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	совсем не способен

A **БЕСПОКОЙНЫЕ МЫСЛИ КРУТЯТСЯ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ**

3	Постоянно
2	большую часть времени
1	время от времени, и не так часто
0	только иногда

D

Я ИСПЫТЫВАЮ БОДРОСТЬ

3	совсем не испытываю
2	очень редко
1	Иногда
0	практически все время

A

Я ЛЕГКО МОГУ СЕСТЬ И РАССЛАБИТЬСЯ

0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь изредка это так
3	совсем не могу

D

МНЕ КАЖЕТСЯ, ЧТО Я СТАЛ ВСЕ ДЕЛАТЬ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО

3	практически все время
2	Часто
1	Иногда
0	совсем нет

A

Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ

0	совсем не испытываю
1	Иногда
2	Часто
3	очень часто

D

Я НЕ СЛЕЖУ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНОСТЬЮ

3	определенно , это так
2	я не уделяю этому столько времени сколько нужно
1	может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0	я слежу за собой так же как и раньше

A **Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСИДЧИВОСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ**

3	определенно, это так
2	наверное, это так
1	лишь в некоторой степени это так
0	совсем не испытываю

D **Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (ЗАНЯТИЯ, УВЛЕЧЕНИЯ) МОГУТ ПРИНЕСТИ МНЕ ЧУВСТВО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ**

0	точно так же как и обычно
1	да, но не в той степени как раньше
2	значительно меньше, чем обычно
3	совсем не считаю

A **У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ**

3	действительно, очень часто
2	довольно часто
1	не так уж часто
0	совсем не бывает

D **Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ХОРОШЕЙ КНИГИ, РАДИО- ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ**

0	Часто
1	Иногда
2	Редко
3	очень редко

А ТЕПЕРЬ ПРОВЕРЬТЕ, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. КАК ЧИТАТЬ СТАТЬЮ И ВЕРИТЬ ЛИ РЕКЛАМНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Если квалификация медика не растет, она неизменно падает. Поэтому каждый врач читает медицинскую литературу. В мире современной рекламы существуют такие технологии воздействия на человека (особенно на его эмоциональную сферу: на страхи и комплексы неполноценности; на эстетическое чувство, на тревогу о родственниках и пр), что незнание подобных механизмов заставляет людей порой верить в абсолютную силу биологической добавки. Если в рекламном проспекте нет ссылок на научные исследования, доказывающие лечебный эффект, она не обоснована. Поэтому многие фирмы помимо рекламных проспектов распространяют рефераты статей, исследования которых подтверждают эффект рекомендуемого препарата. Хорошая статья, кроме литературного текста, обязательно содержит:

1. Реферат статьи.
2. Материалы и методы (сколько больных исследовано, репрезентативность групп, методы статистического анализа).
3. Доказательность (рандомизированное, проспективное, многоцентровое, сравнительное, контролируемое, открытое или слепое исследование).
4. Описание рандомизации (например, методом случайной или простой стратифицированной выборки).
5. Таблицы и рисунки (текст читают потом).
6. Есть ли истинные критерии эффективности метода (снижение смертности, уменьшение числа вновь заболевших, абсолютный и относительный риск).
7. Осложнения и побочные эффекты, % больных, выбывших из исследования.
8. $P < 0,05$: это означает, что описанные явления распространяются на 95% больных.

Зная эти простые правила, врач общей практики назначит своему пациенту только проверенно эффективные лекарственные препараты.

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ ВРАЧА

1. Пациент 75 лет, контуженный во время войны, жалуется на плохой сон с кошмарными сновидениями угрожающего характера. Жена отмечает, что больной вскакивает, выкрикивает боевые приказы, не просыпаясь. Препаратом выбора в данной ситуации является:
    1. феназепам;
    2. ниаламид;
    3. элеутерококк;
    4. сонапакс;
    5. пантокрин.
2. Мужчина 44 лет, бизнесмен, после нападения рэкетиров потерял сон. Спит, закрывшись на все возможные замки, с оружием в постели. Сон «легкий», с частыми пробуждениями и ранними пробуждениями. Препаратом выбора в данной ситуации является:
    1. феназепам;
    2. сонапакс;
    3. ноотропил;
    4. фенибут;
    5. бетамакс.
3. Ребенок 6 месяцев, соматически здоровый, плохо засыпает и много плачет перед тем, как заснет. Остаток ночи спит крепко. Препаратом выбора в данной ситуации является:
    1. ниаламид;
    2 элениум;
    3 бетамакс;
    4. ноотропил;
    5. седативные травы в виде ванн для купания.
4. У женщины 47 лет после острой кишечной инфекции долго не проходили неприятные ощущения в животе. Подруга недавно умерла от рака, и у пациентки появилась канцерофобия. Длительно обследовалась, рак исключили, но сильно пострадала ее карьера. Из-за боязни возврата спазмов отказалась от сексуальных контактов с мужем. Настроение снижено, но без суточных колебаний эмоций и самочувствия, утром с трудом встает, вялая, без сил. Похудела, но менструации не исчезли. В последнее время

предпочитает одиночество, устает от людей. Препаратом выбора в данной ситуации является:

1. пантокрин;
2. бетамакс;
3. пиразидол;
4. фенибут;
5. сонапакс.

5. Девушка 15 лет усиленно занимается помимо школы компьютером, языком, шахматами. В эту зиму перенесла гепатит, сейчас часто и длительно болеет простудными заболеваниями. Отмечает утомляемость, снижение настроения и внимания. Препаратом выбора в данной ситуации является:
   1. бетамакс;
   2. фенибут;
   3. сонапакс;
   4. гептрал;
   5. стугерон.
6. Мужчина 28 лет после сильного алкогольного эксцесса впервые в жизни потерпел сексуальное фиаско. Очень встревожился, обследовался урологом, никакой патологии не обнаружилось. Препаратом выбора в данной ситуации является:
   1. пантокрин и жень-шень;
   2. феназепам;
   3. элеутерококк;
   4. циннаризин;
   5. коаксил.
7. Женщина 44 лет, давно страдает язвенной болезнью, в настоящее время – открытая язва желудка. Рубцевание идет медленно, больная недавно потеряла маму от болезни сердца. Ее смерть была ожидаемой, но в настоящее время пациентка сильно страдает от одиночества. Суицидных мыслей нет, но сил тоже нет. Препаратом выбора в данной ситуации является:
   1. феназепам;
   2. бетамакс;
   3. фенибут;
   4. пантокрин;
   5. элениум.

8. Женщина 53 лет в климактерическом периоде жалуется на головные и сердечные боли в конце дня от усталости, причин которых врачи не находят. Лечится от остеохондроза. 2 года назад перенесла микроинсульт. Отмечает раздражительность, обидчивость, снижение памяти и внимания. Препаратом выбора в данной ситуации является:
   1. ниаламид;
   2. бетамакс;
   3. милдронат;
   4. феназепам;
   5. сомнол.
9. Мужчина 56 лет, директор завода, только что пережил тяжелую авральную ситуацию на службе, успешно с ней справился, причем отмечает, что, когда разворачивались аварийные работы, у него были и силы, и энергия. Сейчас сам не понимает, как все пережил. Вскоре после ЧП попал в больницу с аппендицитом. Послеоперационный период идет гладко, но больной отмечает бессонницу из-за шума соседей по палате. Препаратом выбора является:
   1. сомнол;
   2. сонапакс;
   3. пантокрин;
   4. ноотропил;
   5. феназепам.
10. Мужчина 48 лет полгода лечил депрессию в стационаре. Сейчас настроение улучшилось, но появилось повышение аланинаминотрансферазы крови. Вирусный гепатит исключен, состояние связывают с длительным курсом гепатотоксических лекарств. Препаратом выбора является:
   1. ницерголин;
   2. хлорпротиксен;
   3. амитриптилин;
   4. седуксен;
   5. гептрал.

Ответы:
1. (**4**); 2. (**1**); 3. (**5**); 4. (**2**); 5. (**4**); 6. (**1**); 7. (**2**); 8. (**3**); 9. (**1**); 10. (**5**)

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заключения и выводы исследования SBU «Лечение нейролептиками», (пер. с шведского), Стокгольм, 1998, 23 с.
2. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 № 33.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – ВОЗ, Россия, СПб, «АДИС», 1994, 302 с.
4. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники\\ Методические рекомендации № 2000/107 МЗ РФ, М., 2000, 8 с.
5. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. 1, МЗ РФ, изд. «ГЭОТАР Медицина», М., 2000, 977 с.

Научное издание
Психофармакология для врача общей практики
Методические рекомендации для врачей
Составитель: Татьяна Владимировна Решетова

Издательство «Компьютербург»
199187, Санкт-Перербург, 5 линия, д. 68, лит. В
Тел./факс (812) 323-9246. Эл. почта: cburg@mail.wplus.net

Оригинал-макет и верстка: дизайн-студия «Компьютербург»

Сдано в набор 01.12.2004. Подписано в печать 10.12.2004.
Формат издания 60x88 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 500 экз. Заказ № 91.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ООО «Полиграфический комплекс «Гаванский»